

弱視等治療用眼鏡作成指示書

氏名： _____ 年齢： _____ 歳（男・女）

住所： _____

I. 種類（○で囲む）：眼鏡

コンタクトレンズ（ハード・ソフト）

II. 度数および用法

1. 眼鏡

	S(球面)	C(円柱)	A(軸)	近用加入度	PD(瞳孔距離)	用法
右					mm	遠用・近用
左					mm	遠近両用

2. コンタクトレンズ

右		用法	遠用・近用・遠近両用
左			

III. 備考（眼鏡等を必要とする理由）

1. 疾病名

2. 治療を必要とする症状および患者の検査結果

右眼視力：

（矯正視力： _____ ）

左眼視力：

（矯正視力： _____ ）

年 月 日

医療機関

医師氏名